

# **RAPPORTAGE PRESTATIE INDICATOREN 2008**

**St. Antonius Ziekenhuis**

**Definitieve versie 29 mei 2009**



**INHOUD**

<b>Rapportage prestatie-indicatoren 2008.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Decubitus .....</b>	<b>6</b>
1.1 Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed .....	6
1.2 Decubitus incidentie bij een homogene patiëntenpopulatie .....	6
<b>2 Ondervoeding .....</b>	<b>7</b>
2.1 Screening op ondervoeding .....	7
2.2 Behandeling van ondervoeding.....	8
<b>3 Medicatieveiligheid.....</b>	<b>10</b>
3.1 Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag .....	10
3.2 Vrijgifte van cytostatica .....	11
<b>4 Zorg-ICT.....</b>	<b>12</b>
4.1 Beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT .....	12
<b>5 Ziekenhuisinfecties.....</b>	<b>14</b>
5.1 Surveillance van ziekenhuisinfecties .....	14
<b>6 Complicatieregistratie .....</b>	<b>15</b>
6.1 Complicatieregistratie .....	15
<b>7 Pijn na een operatie.....</b>	<b>16</b>
7.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten .....	16
7.2 Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie .....	16
<b>8 Volume van risicovolle interventies .....</b>	<b>17</b>
8.1 Volume aneurysma van de abdominale aorta operaties.....	17
8.2 Volume oesophaguscardiaresecties .....	17
<b>9 Cholecystectomie .....</b>	<b>18</b>
9.1 Galwegletsel na cholecystectomie .....	18
<b>10 Ongeplande heroperaties.....</b>	<b>19</b>
10.1 Ongeplande heroperaties bij colorectale operaties .....	19
<b>11 Afgezegde operaties.....</b>	<b>20</b>
11.1 Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een electieve operatie .....	20
<b>12 Intensive care.....</b>	<b>21</b>
12.1 Niveau-indeling van de intensive care.....	21
12.2 Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd .....	21
12.3 Totaal aantal fte intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling .....	21
12.4 Indicator beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling .....	21
12.5 NICE deelname en aanlevering .....	22
<b>13 Zwangerschap.....</b>	<b>23</b>
13.1 Het percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS percentiel).....	23
<b>14 Diabetes mellitus .....</b>	<b>24</b>
14.1 Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes .....	24
14.2 Oogheekundige controle bij diabetes .....	24
<b>15 Cardiologie.....</b>	<b>25</b>
15.1 Sterfte in het jaar na eerste administratief consult op de polikliniek Cardiologie.....	25
15.2 Indicator Ziekenhuissterfte na opname van een AMI .....	25
15.3 Hartfalenpoli .....	26
15.4 Heropname na hartfalen .....	26
<b>16 Cerebrovasculair Accident (CVA).....</b>	<b>27</b>
16.1 Door-tot-needle time trombolyse .....	27
<b>17 Heupfractuur .....</b>	<b>28</b>
17.1 Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is .....	28
<b>18 Mammacarcinoom .....</b>	<b>29</b>
18.1 Differentiatiebeleid .....	29

18.2	Indicator: percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstbesparende operatie.....	29
<b>19</b>	<b>Cataract</b> .....	<b>30</b>
19.1	Registratie operatieve data .....	30
<b>20</b>	<b>Kinderchirurgie</b> .....	<b>31</b>
20.1	Postoperatieve opnameduur na blinde darm operatie bij kinderen .....	31
<b>NVZ-indicatoren</b> .....		<b>32</b>
<b>1</b>	<b>Kwaliteitsborging en kwaliteitssystemen</b> .....	<b>33</b>
1.1	Accreditatie .....	33
<b>2</b>	<b>Incidenten patiëntenzorg (MIP, FONA)</b> .....	<b>34</b>
2.1	Incidenten Patiëntenzorg (MIP, FONA) .....	34
<b>3</b>	<b>Financiële positie</b> .....	<b>35</b>
3.1	Budgetgrootte .....	35
<b>4</b>	<b>Parameters t.b.v. verantwoording, sturing en benchmarking</b> .....	<b>36</b>
4.1	Patiënttevredenheid.....	36
4.1.1	Patiënttevredenheidsmetingen .....	36
4.1.2	Klachten.....	36
4.2	Organisatie & kwaliteit .....	37
4.2.1	Wachttijden .....	37
4.2.2	Risico-inventarisatie .....	37
4.3	Organisatie & randvoorwaarden .....	37
4.3.1	Welbevinden medewerkers .....	37
4.3.2	Milieubelasting .....	37
4.4	Onderwijs, opleiden en onderzoek .....	37
4.4.1	Onderwijs en opleidingen .....	37

## Rapportage prestatie-indicatoren 2008

### INLEIDING

Prestatie-indicatoren zijn signalen op grond waarvan men een indruk kan krijgen van de geleverde veiligheid en effectiviteit van de zorg. Het sinds 2003 jaarlijks rapporteren van prestatie-indicatoren maakt de zorg transparanter; een ontwikkeling die wij van harte toejuichen. De maatschappelijk zo gewenste openheid wordt hiermee aan patiënten geboden. Naast deze externe verantwoording is het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Voor de ziekenhuisorganisatie en de Medische Staf betekent het een voortdurend willen werken aan het optimaliseren van de zorg.

In dit document vindt u de resultaten van de rapportage basisset "Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2008" van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein.

In de tekst is de volgorde van de basisset 2008 gevolgd. Per indicator is getracht zo goed mogelijk de gevraagde rapportagestructuur aan te houden en waar nodig van een toelichting te voorzien.

Voor algemene informatie over prestatie-indicatoren, de volledige set indicatoren en achtergronddocumenten verwijzen wij u graag naar de websites [www.igz.nl](http://www.igz.nl) en [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)

Dr. H.C.M. Haanen  
Lid Raad van Bestuur  
AntoniusMesosGroep

## 1 Decubitus

### 1.1 Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

#### Rapportage

- Zijn geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie? : **Ja**
- Is de decubitusprevalentie ini het verslagjaar bekend? ; **Ja**
- Teller aantal gevallen van decubitus (gr 2 t/m 4) : **25**
- Noemer 1 aantal onderzochte patiënten : **513**
- Noemer 2 aantal opgenomen patiënten : **551**
- Puntprevalentie 1 : **4,9 %**
- Puntprevalentie 2 : **4,5 %**
- Datum en tijdstip van meting : **1- 4- 08**
- Patiënten werden onderzocht door : **aandachtvelders dec.**
- Onderzoek volgde : **LPZ protocol**
- Beschikt u over een systematisch decubitusregistratiesysteem? : **Ja**
- Registratie volgens : **LPZ systeem**
- Heeft u een steekproef genomen? : **Nee**

### 1.2 Decubitus incidentie bij een homogene patiëntenpopulatie

- Zijn geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie? : **Ja**
- Incidentie decubitus bij patiënten met een totale heupvervanging is : **bekend**
- Beschikt u over een decubitusregistratiesysteem? : **Ja**
- Heeft u een steekproef genomen? : **Nee**
- Teller: aantal nieuwe gevallen van decubitus : **1**
- Noemer: totaal aantal patiënten die met totale heupvervanging : **201**
- Incidentie : **0,5 %**
- Databronnen : **patiëntendossier**

## 2 Ondervoeding

### 2.1 Screening op ondervoeding

:	
Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie	<b>ja</b>
Volwassenen	
Is het percentage volwassen patiënten dat bij opname in het verslagjaar wordt gescreed op ondervoeding bekend?	<b>ja</b>
Welk screeningsinstrument voor de screening van volwassenen wordt gebruikt?	<b>Must</b>
Beschikt u over een registratiesysteem	<b>ja</b>
Heeft u een steekproef genomen	<b>ja</b>
Populatie	<b>Alle afdelingen die registreren</b>
Steekproefgrootte	
Selecticriteria:	<b>Alle afdelingen die registreren; in de loop van 2008 zijn overgegaan</b>
Aantal opgenomen volwassen patiënten in 2008	<b>37914</b>
Aantal opgenomen klinisch volwassen patiënten bij opname gescreend op ondervoeding	<b>4431</b>
Aantal patiënten dat is geclassificeerd als matig ondervoed	<b>532</b>
Aantal patiënten dat is geclassificeerd als ernstig ondervoed	<b>581</b>
Percentage 1(B/A) percentage volwassen patiënten dat gescreend is op ondervoeding	<b>12%</b>
Percentage 1(C/B) percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als matig ondervoed	<b>12%</b>
Percentage 1(D/B) percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als ernstig ondervoed	<b>13%</b>
Exclusie: Patiënten in dagbehandeling	
Kinderen	
Is het percentage kinderen dat bij opname in het verslagjaar wordt gescreed op ondervoeding bekend?	<b>nee</b>
Welk screeningsinstrument voor de screening van kinderen wordt gebruikt?	
Beschikt u over een registratiesysteem	<b>nee</b>
Heeft u een steekproef genomen	
Populatie	
Steekproefgrootte	
Selecticriteria:	
Aantal klinisch opgenomen Kinderen in 2008	
Aantal opgenomen kinderen bij opname gescreend op ondervoeding	
Aantal kinderen dat is geclassificeerd als ondervoed	
Percentage 1(B/A) percentage kinderen dat gescreend is op ondervoeding	
Percentage 1(C/B) percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed	
Exclusie: Patiënten in dagbehandeling	

## 2.2 Behandeling van ondervoeding

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie

Behandeling van ondervoeding bij ernstig ondervoede volwassen patiënten met een totale heupvervangning

Is het percentage volwassen patiënten dat bij opname in het verslagjaar wordt gescreed op ondervoeding bekend?

**nee**

Beschikt u over een registratiesysteem

Heeft u een steekproef genomen

Populatie

Steekproefgrootte

Selecticriteria:

Aantal voor totale heupvervangning opgenomen volwassen patiënten in 2008

Aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten met een THP

Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een THP met een adequate eiwitinname op de 4de opnamedag

Percentage 1 (B/A): aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten met een THP

Percentage 2 (C/B): aantal ernstig ondervoede patiënten met een THP dat een adequate eiwitinname heeft op de 4de opnamedag

Toelichting

Inclusie: Volwassen patiënten >18 met een THP geclassificeerd als ernstig ondervoed en met een opnameduur van 5 dagen of langer

Behandeling van ondervoeding bij volwassenen

Is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4de opnamedag bekend?

Meetdag 1 (jan-mrt)

Teller: Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten.

Percentage

Meetdag 1 (apr-jun)

Teller: Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten.

Percentage

Meetdag 1 (jul-sep)

Teller: Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten.

Percentage

Meetdag 1 (okt-dec)

Teller: Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag	<b>14</b>
Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ernstig ondervoede patiënten.	<b>23</b>
Percentage	<b>61%</b>

#### Behandeling van ondervoeding bij Kinderen

Is het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de 4de opnamedag bekend? **nee**

##### Meetdag 1 (jan-mrt)

Teller: Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede patiënten.

Percentage

##### Meetdag 1 (apr-jun)

Teller: Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede patiënten.

Percentage

##### Meetdag 1 (jul-sep)

Teller: Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede patiënten.

Percentage

##### Meetdag 1 (okt-dec)

Teller: Aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de 4de opname dag

Noemder: aantal op dag 5 opgenomen ondervoede patiënten.

Percentage

### 3 Medicatieveiligheid

#### 3.1 Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag

Worden cytostaticabereidingen op meer dan één locatie uitgevoerd?	Ja Nieuwegein		Ja Utrecht, OR		Ja Totaal		
Aantal cytostaticabereidingen in het verslagjaar:	8.496		4222		12.718		
Beschikt u over een registratiesysteem?	Ja		Ja		Ja		
Heeft u een steekproef genomen?	Ja		Ja		Ja		
Populatie (beschrijving):	hemato-oncologie / oncologie volwassenen		solide tumoren		hemato-oncologie / oncologie volwassenen solide tumoren		
Steekproefgrootte:	100 recepten		20		120		
Selectiecriteria:	alleen eerste kuren		alleen eerste kuren		alleen eerste kuren		
Controleer de aanvraagformulieren op het volledig ingevuld zijn ten aanzien van de volgende kenmerken:	Aantal volledig ingevuld	Aantal onderzocht	Aantal volledig ingevuld	Aantal onderzocht	Aantal volledig ingevuld	Aantal onderzocht	
a: Lichaamsgewicht + lengte of het lichaamsgewicht + lichaamsoppervlak van de patiënt:	99	100	18	20	117	120	98%
b: Dosering:	100	100	20	20	120	120	100%
c: Datum van toediening:	100	100	15	20	115	120	96%
* Inclusie criterium:							
- Alleen eerste kuren.	Ja		Ja		Ja		

### 3.2 Vrijgifte van cytostatica

Geeft een apotheker cyto staticabereidingen (VTGM) vrij vóórdat de cytostatica de apotheek verlaten?	Ja Nieuwegein		Ja Utrecht				
--	------------------	--	---------------	--	--	--	--

Toelichting:

In het systeem van aanvraag tot bereiding zijn meerdere controlepunten ingebouwd; de kuur kan niet worden gemaakt voor autorisatie door een apotheker; aan de zak die uiteindelijk uit de sluis komt valt niet af te leiden of de juiste hoeveelheid van het juiste middel in de zak zit; de protocollen worden wel door een apotheker gecontroleerd.

## 4 Zorg-ICT

### 4.1 Beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT

Beschikbaarheid van elektronische gegevens (het gaat  
4a) hier alleen om het kunnen inzien van deze gegevens)

<u>Beschikbaarheid van:</u>	<b>op polikliniek</b>	<b>in ziekenhuis apotheek</b>	<b>op afdeling</b>
Administratieve basisgegevens	ja		ja
Laboratoriumgegevens	ja		ja
Correspondentie vanuit het ziekenhuis	ja		ja
Radiologieverslagen	ja		ja
Bacteriologieverslagen	ja		ja
PA verslagen	ja		ja
Operatieverslagen	ja		ja
Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc.)	ja		ja
Medicatiegegevens van klinisch voorgeschreven medicatie	ja	ja	ja
Medicatiegegevens van poliklinisch voorgeschreven medicatie	ja	gedeeltelijk	ja
Medicatiegegevens van extramuraal voorgeschreven medicatie	nee	gedeeltelijk	ja
Overig, n.l.:			

Toelichting beschikbaarheid van elektronische gegevens op de polikliniek:

#; ja: is voor iedereen beschikbaar;

Gedeeltelijk: geef in uw uitleg aan voor welke vakgroepen/functies het beschikbaar is;

Nee: deze functie is niet geautomatiseerd beschikbaar

gedeeltelijk: geef in uw uitleg aan voor welke vakgroepen/functies het beschikbaar is

4b) Beschikbaarheid van procesondersteunende ICT  
(het gaat hier om het invoeren van gegevens en orders en het elektronisch plannen)

<u>Beschikbaarheid van:</u>	<b>op polikliniek</b>	<b>op afdeling</b>
Elektronische medische intake	ja	ja
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP spreekuur aanwezig)	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Elektronische verpleegkundige decursus	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Elektronische medische decursus	ja	ja
Multidisciplinair patiënttraject planning systeem (licht toe)	ja	ja
Ordercommunicatie voor lab	ja	ja
Ordercommunicatie voor medicatie	nee	nee
Ondersteuning bij voorschrijven	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Ordercommunicatie voor klinische medicatie	nee	gedeeltelijk
Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	gedeeltelijk	nee
Ordercommunicatie voor radiologie	ja	ja

Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde order-sets (licht toe)	<b>nee</b>	<b>gedeeltelijk</b>
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	<b>ja</b>	<b>ja</b>
Elektronische bewaking van het behandeltraject (licht toe)	<b>nee</b>	<b>gedeeltelijk</b>

Toelichting beschikbaarheid van procesondersteunende ICT op de polikliniek

Verpleegkunde intake en decursus is beschikbaar voor endoscopie, oncologie, spoedeisende hulp, psychiatrie, kindergeneeskunde, cardiologie, osteoporose, bariatric, mammacare, uremie

Multidisciplinair patiënttraject planning systeem: patiënten worden via elektronisch dossier doorgestuurd voor opname en/of pre-operatieve screening. Aan de hand van de gegevens wordt patiënt ingepland voor opname en operatie.

Toelichting van procesondersteunende ICT op de afdeling verpleegkundige intake en decursus is op 5 verpleegafdelingen ingevoerd. Ordercommunicatie en elektronische bewaking behandeltraject op Groene Zone middels PDMS

## 5 Ziekenhuisinfecties

### 5.1 Surveillance van ziekenhuisinfecties

Beschikt het ziekenhuis over meer dan één locatie ja  
 Surveilleert het ziekenhuis de ziekenhuisinfecties? ja

Incidentie meting	Postoperatieve wondinfectie	Wondinfectie na hartchirurgie	Centrale lijn gerelateerde sepsis (lijnsepsis)	Beademing gerelateerde pneumonie	Blaas katheter gerelateerde infecties
Via Prezies	Ja	ja	nee	nee	nee
Eigen incidentie meting (zie vraag 1)	nee	nee	ja	ja	
Hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentiemeting	207	300			
Hoeveel patiënten kwamen voor de incidentiemeting in aanmerking	207	300			

#### Prevalentiemeting

Via Prezies	ja				
Eigen incidentie meting (zie vraag 1)	nee				
Hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de prevalentie-meting	494				
Hoeveel patiënten kwamen voor de prevalentie-meting in aanmerking	494				

#### Algemeen

Zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd?	nee	nee			
Hadden de interventies het gewenste resultaat?	nvt	nvt			
Noch incidentie, noch prevalentie meting worden uitgevoerd (zie vraag 2)					

	Ja	Nee
gebruikt u voor de definiëring van ziekenhuisinfecties de criteria van de CDC/WIP (Centre of Diseases Control/Werkgroep Infectie Preventie)?	ja	

Indien eigen incidentie- en prevalentie-meting, geeft toelichting over de wijze van surveillance  
 Indien geen incidentie- en prevalentie-meting, geeft toelichting over de wijze van infectiepreventie zonder specifieke surveillance:


#### Toelichting:

**De afdeling Infectiepreventie registreert postoperatieve wondinfecties.**

**Hierbij wordt gebruik gemaakt van een landelijk modulair systeem van registratie.**

**Dit wordt georganiseerd door het CBO onder de naam PREZIES.**

**De eerste gegevens van de mamma-amputaties worden begin 2009 verwacht en eventuele noodzakelijke interventies volgen.**

## 6 Complicatieregistratie

### 6.1 Complicatieregistratie

Schema complicatieregistratie per specialisme

	Specialisme	In zknh als zelfstandige functie	Complicatieregistratiesysteem				Nog geen registratie
			Landelijk	Ander	Naam Systeem	Bespreking team 1 nee 2 ja ad hoc 3 maandelijks 4 wekelijks	
1	Algemene chirurgie	ja		X	IntraZis	3	
2	Anesthesiologie	ja		X	Datex	4	
3	Cardiologie	ja		X		2	
4	Dermatologie	ja		X		2	
5	Gynaecologie	ja	X		IntraZis, LVR-2	4	
6	Hematologie	ja		X		4	
7	Interne geneeskunde	ja		X	Eigen systemen	3	
8	Intensive Care	ja		X		4	
9	Kaakchirurgie	ja		X	Eigen: implantaten	3	
10	Keel/ neus/ oorheelkunde	ja		X	Conf. Ned Ver. v KNO Heelkunde	3	
11	Kindergeneeskunde	ja					X
12	Klinische chemie	ja		X	Meldingssysteem	4	
13	Klinische oncologie	nee					
14	Klinische pathologie	ja		X	UDPS (Palga)	4	
15	Maag/ darm/ lever ziekten	ja		X		4	
16	Medische microbiologie	ja	X		Prezies	2	
17	Nefrologie/Dialyse	ja		X		4	
18	Neonatologie	nee					
19	Neurochirurgie	ja		X		2	
20	Neurologie	ja		X		2	
21	Nucleaire geneeskunde	ja		X		2	
22	Oogheelkunde	ja					X
23	Orthopedie	ja		X	Orveco	2	
24	Plastische Chirurgie	ja		X	Conform NVAPC	4	
25	Psychiatrie	ja					X
26	Pulmonologie	ja		X	Endobase	4	
27	Radiologie	ja	X		Richtlijnen NGIR	4	
28	Radiotherapie	nee					
29	Reumatologie	ja					X
30	Revalidatie	ja		X		2	
31	Thorax-/Cardiochirurgie	ja		X		4	
32	Urologie	ja		X		2	
33	Vaatchirurgie	ja				3	
34	Verloskunde	ja				3	
35	Klinische neurofysiologie	ja		X		2	
	<b>Totaal</b>		<b>3</b>	<b>23</b>			<b>4</b>

## 7 Pijn na een operatie

### 7.1 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Zijn de geïncludeerdepatiënten verspreid over meer dan 1 locatie?	<b>ja</b>
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratiesysteem	<b>ja</b>
Heeft u een steekproef genomen	<b>ja</b>
Populatie	<b>Alle patiënten op</b>
Steekproefgrootte	<b>locatie Nieuwegein</b>
Selectiecriteria	<b>56,7% van totaal</b>
Teller 1: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd	<b>6627</b>
Noemer: totaal aantal klinische operatiepatiënten(verblijfsperiode verkoever)	<b>6627</b>
Percentage 1	<b>100%</b>
Teller 2: Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd	<b>6627</b>
Noemer :Totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdeling	<b>6627</b>
Percentage 2	<b>100%</b>

### 7.2 Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratiesysteem	<b>ja</b>
Heeft u een steekproef genomen	<b>ja</b>
Populatie beschrijving	
Steekproefgrootte	
Selectiecriteria	
Teller: Aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie	<b>12</b>
Noemer Aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (ten minste 6 metingen per patiënt verdeeld over de eerste 72 uur na een operatie)	<b>6627</b>
Percentage	<b>0,18%</b>

## 8 Volume van risicovolle interventies

### 8.1 Volume aneurysma van de abdominale aorta operaties

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan 1 locatie	<b>neen</b>
Aantal patiënten waarbij een AAA-operatie (ongeacht urgentie of type) is uitgevoerd	<b>174</b>

### 8.2 Volume oesophaguscardiaresecties

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan 1 locatie	<b>neen</b>
Aantal patiënten waarbij in het verslagjaar een oesophaguscardiaresectie is uitgevoerd	<b>20</b>

Indien u geen oesophaguscardiaresectie uitvoert:	
Naar welk(e) ziekenhuis (ziekenhuizen) verwijst u deze patiëntengroep	<b>nvt</b>
Hoeveel patiënten heeft u in 2008 naar dit ziekenhuis (ziekenhuizen ) verwezen?	<b>nvt</b>

Toelichting:

## 9 Cholecystectomie

### 9.1 Galwegletsel na cholecystectomie

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan 1 locatie	<b>ja</b>
Is het aantal patiënten met galwegletsel na cholecystectomie in het verslagjaar bekend?	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratie systeem	<b>ja</b>
Is er een steekproef genomen	<b>nee</b>
Teller: Aantal patiënten met galwegletsel vastgesteld binnen 30 dagen na de ingreep	<b>2</b>
Noemer :Totaal aantl cholecystectomieen	<b>645</b>
Percentage	<b>0,3%</b>

## 10 Ongeplande heroperaties

### 10.1 Ongeplande heroperaties bij colorectale operaties

Wordt deze operatie uitgevoerd op meer dan 1 locatie	<b>ja</b>
Is het percentage heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie in het verslagjaar bekend?	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratie systeem	<b>ja</b>
Is er een steekproef genomen	<b>nee</b>
	<b>AMG</b>
Teller:aantal heroperaties binnen 30 dagen na een colorectale operatie	<b>34</b>
Noemer:Totaal aantal eerste colorectale operaties	<b>431</b>
Percentage	<b>7,9%</b>

#### Exclusie:

Geplande vervolgooperatie

Patiënten jonger of gelijk aan 18 jaar bij de initiële operatie

Appendectomie'

Eerste operatie elders uitgevoerd

## 11 Afgezegde operaties

### 11.1 Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een electieve operatie

Worden de operaties uitgevoerd op meer dan 1 locatie	<b>ja</b>		
Is het aantal afgezegde operaties binnen 24 uur voor het geplande tijdstip in het verslagjaar bekend?	<b>ja</b>	Door patiënt:	Door organisatie
Teller: Aantal electieve afgezegde operaties binnen 24 uur voor het geplande tijdstip	<b>360</b>	422	360
Noemer: Totaal aantal uitgevoerde electieve operaties plus het aantal afgezegde operaties	<b>28.389</b>		
Percentage	<b>1,3%</b>	1,5%	1,3%
Toelichting			

## 12 Intensive care

### 12.1 Niveau-indeling van de intensive care

Worden operaties uitgevoerd op meer dan 1 locatie **ja/nee**  
 Wat is het niveau van uw IC-afdeling? **Niveau 3 (toegerust voor complexe patiënten)**

### 12.2 Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd

Is het opgegeven IC-niveau bij kwaliteitsvisitatie bevestigd? **ja bij visitatie niveau**  
 Toelichting: Licht toe op basis van welke criteria van de richtlijn voor organisatie en werkwijze op IC-afdelingen voor volwassenen u de classificatie hebt gebaseerd op basis van organisatie en werkwijzen op IC afdelingen voor volwassenen in Nederland gegevens 2006 en op basis van geïmplementeerde medische en verpleegkundige richtlijnen vanuit de NVIC en/of andere beroepsorganisatie, geïmplementeerd en uitgewerkt in protocollen.

### 12.3 Totaal aantal fte intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling

Aantal Fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC **6**  
 Bereikt u met deze formatie een 7x24 uurs exclusieve beschikbaarheid voor de IC? **ja**

### 12.4 Indicator beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling

<b>Antonius</b>	Beademingsuren					
	<72 uur		72-120 uur		>120 uur	
	Aantal patiënten	Totaal aantal beademin gsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademin gsuren	Aantal patiënten	Totaal aantal beademin gsuren
Niet postoperaties	<b>227</b>	<b>4881</b>	<b>50</b>	<b>4604</b>	<b>83</b>	<b>30772</b>
Postoperatief (excl. Cardiochirurgisch)	<b>284</b>	<b>2858</b>	<b>6</b>	<b>623</b>	<b>32</b>	<b>13056</b>
Postoperatief Cardiochirurgisch	<b>1596</b>	<b>15911</b>	<b>29</b>	<b>2634</b>	<b>59</b>	<b>19550</b>
Kinderen <16 jaar	<b>5</b>	<b>13</b>				

<b>MESOS</b>	patiënten	Beademin gs dagen
Beademd	<b>161</b>	<b>550 dagen</b>

Beschikt u over een registratiesysteem?	<b>ja</b>
Heeft u een steekproef genomen?	<b>ja</b>
Populatie(beschrijving)	<b>Alle patiënten locatie Nieuwegein</b>
Steekproefgrootte:	<b>93%</b>
Selectiecriteria:	<b>Locatie Nieuwegein</b>
Toelichting	
Gegevens op uurbasis waren op locatie	
Utrecht niet beschikbaar; de IC op locatie is	
gesloten en gecentraliseerd op locatie	
Nieuwegein	

## 12.5 NICE deelname en aanlevering

Leverd uw afdeling data aan voor de database die door de stichting NICE wordt beheerd?	<b>ja</b>
Zo ja, betreft dit data voor de MDS	<b>ja</b>
Betreft dit data voor de NVIC kwaliteitsindicatoren?	<b>ja</b>
Toelichting	

## 13 Zwangerschap

### 13.1 Het percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS percentiel)

#### Rapportage

- Is er sprake van een perinatologisch centrum in uw ziekenhuis? : **Nee**
- Totaal aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog (LVR- 2) : **2449**
- VOKS rapportage is : **bekend**
- VOKS percentiel primaire sectio's 2008 : **79**
- VOKS percentiel secundaire sectio's 2008 : **59**

## 14 Diabetes mellitus

### 14.1 Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes

Zijn de gegevens over de HbA1c-bepalingen van het verslagjaar bekend?	ja		
Beschikt u over een registratiesysteem	ja		
Heeft u een steekproef genomen	nee	AZN	Mesos
Som van alle HbA1c-waardes van patiënten met diabetestype 1 en 2	68953	25075	43878,8
Aantal bepalingen van HbA1c waarden bij patiënten met diabetis type 1 en 2	8679	3256	5423
Aantal patiënten met diabetis type 1 en 2 bij wie HbA1C-bepaling zijn toegepast.	3981	1511	2470
Gemiddelde HbA1c-waarde per bepaling	7,9	7,7	8,1
Gemiddeld aantal HbA1c-bepalingen per patiënt	2,2	2,2	2,2
Laboratoriumreferentie (normaalwaarde die uw laboratorium hanteert			

### 14.2 Oogheelkundige controle bij diabetes

Is bekend hoeveel patiënten met diabetes onder oogheelkundige controle staan in het verslagjaar? ja

Beschikt u over een registratiesysteem  
Heeft u een steekproef genomen  
Populatie

ja  
Alle patiënten  
diabetes Centrum  
en alle patiënten  
van locatie  
nieuwegein  
76%  
Alle patiënten  
diabetes Centrum  
en alle patiënten  
van locatie  
nieuwegein

Steekproefgrootte  
Selecticriteria

	AMG	AZN	MMC
Teller:Aantal patiënten met diabetis dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan	2895	1262	1633
Noemer :totaal aantal patiënten met diabetes	3275	1642	1633
	88%		

## 15 Cardiologie

### 15.1 Sterfte in het jaar na eerste administratief consult op de polikliniek Cardiologie

Zij de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie?	ja
Zijn van alle patiënten die electief reguliere zorg door een cardioloog gezien zijn op de polikliniek voor een EAC de NAW-gegevens en datum bezoek geregistreerd?	ja
Teller: nog niet van toepassing in 2008	
Noemer: aantal patiënten op moment van EAC van 70 jaar en ouder	7699
Percentage	
Toelichting	

### 15.2 Indicator Ziekenhuissterfte na opname van een AMI

Zij de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie?	ja		
Is de ziekenhuissterfte van AMI-patiënten die bij opname jonger dan 65 jaar waren in het verslagjaar bekend?	ja		
Beschikt u over een registratie systeem	ja		
Is er een steekproef genomen	ja		
Locatie Nieuwegein; Merendeel van de AMI wordt direct naar Nieuwegein gestuurd			
	<b>AZN</b>	<b>MMC</b>	<b>AMG</b>
Teller :aantal patiënten jonger dan 65 jaar die in het verslagjaar zijn overleden tijdens een ziekenhuisopnamen wegens AMI	12	1	13
Noemer totaal aantal patiënten jonger dan 65 jaar die zijn opgenomen in het verslagjaar wegens AMI	348	114	462
Ziekenhuissterfte jonger dan 65 jaar	3,45%	0,88%	2,81%
Is de ziekenhuissterfte van AMI-patiënten die bij opname ouder dan 65 jaar waren in het verslagjaar bekend?	ja		
Beschikt u over een registratie systeem	ja		
Is er een steekproef genomen	nee		
Teller :aantal patiënten ouder dan 65 jaar die in het verslagjaar zijn overleden tijdens een ziekenhuisopnamen wegens AMI	12	9	21
Noemer totaal aantal patiënten ouder dan 65 jaar die zijn opgenomen in het verslagjaar wegens AMI	226	152	378
Ziekenhuissterfte ouder dan 65 jaar	5,3%	5,9%	5,56%

### 15.3 Hartfalenpoli

Beschikt uw ziekenhuis over een hartfalenpoli? : **Ja**

Componenten succesvolle zorgprogramma's	
A Nazorg	
• Medische controle binnen 1 maand na ontslag	<b>Ja</b>
• Huisbezoek door hartfalenverpleegkundige binnen 2 weken na ontslag	<b>Ja</b>
• Vaste momenten van herevaluatie met de patiënt	<b>Ja</b>
• Laagdrempelige mogelijkheid voor patiënt tot telefonisch contact met contactpersoon (=hartfalenverpleegkundige)	<b>Ja</b>
• Verpleegkundig spreekuur	<b>Ja</b>
B Snelle signalering van verslechtering	
• Waarschuwen door de patiënt zelf als toestand achteruit gaat (patiënt weet wanneer dit het geval is)	<b>Ja</b>
• Patiënt krijgt ontslag brief mee met medische en verpleegkundige informatie	<b>Ja</b>
• Goede afspraak wie voor patiënt bereikbaar is (naam en telefoonnummer)	<b>Ja</b>
C Patiëntenvoorlichting en instructie: Welk programma gebruikt u om lifestylechanges te registreren/monitoren?	
• voorlichtingsmateriaal van de Hartstichting	<b>Ja</b>
• eigen voorlichtingsmateriaal	<b>Ja</b>
• 2 maal per jaar cursus olv maatschappelijk werker en hartfalen verpleegkundige	<b>Ja</b>
• aanbod zeer licht reconditioneringsprogramma van 8 – 10 weken	<b>Ja</b>
D Coördinatie van zorg: Wie is hiervoor verantwoordelijk	
• cardioloog	<b>Ja</b>
• hartfalen verpleegkundige	<b>Ja</b>

### 15.4 Heropname na hartfalen

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie?

Is het aantal patiënten jonger dan 75 jaar met een opname voor hartfalen in het verslagjaar bekend?	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratie systeem	<b>ja</b>
Is er een steekproef genomen	<b>nee</b>
Teller: aantal heropnames voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag bij patiënten jonger dan 75 jaar (steeds 12 weken terug kijkend).	<b>18</b>
Noemer :totaal aantal patiënten jonger dan 75 jaar opgenomen voor hartfalen waarbij de opnamedatum binnen het verslagjaar valt	<b>240</b>
Percentage jonger dan 75 jaar	<b>7,5%</b>
Is het aantal patiënten ouder dan 75 jaar met een opname voor hartfalen in het verslagjaar bekend?	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratie systeem	<b>ja</b>
Is er een steekproef genomen	<b>nee</b>
Teller: aantal heropnames voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag bij patiënten ouder dan 75 jaar (steeds 12 weken terug kijkend).	<b>30</b>
Noemer :totaal aantal patiënten ouder dan 75 jaar opgenomen voor hartfalen waarbij de opnamedatum binnen het verslagjaar valt	<b>290</b>
Percentage ouder dan 75 jaar	<b>10,3%</b>

## 16 Cerebrovasculair Accident (CVA)

### 16.1 Door-tot-needle time trombolysen

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie	<b>nee</b>
Is het aantal patiënten dat is behandeld met trombolysen na een herseninfarct bekend?	<b>ja</b>
Beschikt u over een registratiesysteem?	<b>ja</b>
Heeft u een steekproef genomen?	<b>nee</b>
Populatie (beschrijving)	
Steekproefgrootte	
Selectiecriteria:	
Aantal patiënten meet een herseninfarct binnen 1 uur een binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysen	<b>9</b>
Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysen	<b>21</b>
Alle patiënten met een herseninfarct	<b>177</b>
Percentage 1 A/B	<b>43%</b>
Percentage 2 B/C	<b>12%</b>

Tevens 13 intra-arteriële trombolyses van de 177

## 17 Heupfractuur

### 17.1 Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan 1 locatie	<b>ja</b>
Is het percentage patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat in het verslagjaar binnen 1 kalenderdag na presentatie geopereerd is bekend?	<b>ja</b>
Is de ASA-classificatie bekend?	<b>ja</b>
Asa1-2 patiënten	
Teller aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag na presentatie is geopereerd	<b>140</b>
Teller 1 aantal conservatief behandelde patiënten vanaf 65 jaar en ouder met een heupfractuur	<b>3</b>
Noemer totaal aantal patiënten mvan 65 jaar en ouder gepresenteerd met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling)	<b>158</b>
Percentage 1	<b>89%</b>
Percentage 2	<b>2%</b>
Asa 3-5 patiënten	
Teller aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag na presentatie is geopereerd	<b>90</b>
Teller aantal conservatief behandelde patiënten vanaf 65 jaar en ouder met een heupfractuur	<b>8</b>
Noemer totaal aantal patiënten mvan 65 jaar en ouder gepresenteerd met een heupfractuur (inclusief conservatieve behandeling)	<b>108</b>
Percentage 1	<b>83%</b>
Percentage 2	<b>7%</b>

## 18 Mammacarcinoom

### 18.1 Differentiatiebeleid

Is de zorgverlening verspreid over meer dan 1 locatie	ja		
Heeft de maatschap/vakgroep heelkunde een differentiatiebeleid voor mammacarcinoom?	ja		
Teller: Aantal chirurgen binnen de maatschap/vakgroep dat in het verslagjaar een of meer chirurgische behandelingen van mammacarcinoom patiënten verrichtte	5		
Noemer 1: Totaal aantal chirurgen in de maatschap/vakgroep	18		
	27,8%	Utrecht	Nieuweg.
Aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar	310	133	177
Toelichting:			
Heeft het ziekenhuis een erkende heelkunde opleiding	ja		
Hoe is het opleidingsbeleid bij heelkundige behandeling van mammacarcinoom?			

### 18.2 Indicator: percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstbesparende operatie

	totaal	Utrecht	Nieuweg.
Zijn de geïnccludeerde patiënten behandeld over meer dan 1 locatie	nee		
Is het aantal patiënten met een eerste borstbesparende operatie bekend?	ja		
Teller 1: Aantal patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste locale excisie van een maligne mannatumor (tumorresidu 1 of 2)	10	5	5
Teller 2: Aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste locale excisie van een maligne mannatumor (tumorresidu x)	0	0	0
Noemer: Totaal aantal patiënten met een eerste borstbesparende therapie voor een maligne mamma-tumor	154	76	78
Percentage 1	6,49%	6,6%	6,4%
Percentage 2	0%	0,0%	0,0%
Exclusie:	Mamma- amputatie		
	Recidief operatie		
Welke bronnen heeft u gebruikt:			
Kankerregistratie	Ja	Nee	n.v.t.
Palga	ja		
Ok verslag			
PA verslag	Ja		
CTG verrichtigen			
Eigen registratiesysteem			
Toelichting:			

## 19 Cataract

### 19.1 Registratie operatieve data

Is de zorgverlening verspreid over meer dan 1 locatie	<b>nee</b>
Heeft u voor de cataractextracties een complicatie dataregistreatie conform afspraken met de NOG in een gegevensbestand	<b>ja</b>
Houdt u voor de cataractextracties een dataregistreatie bij voor de pre operatieve data?	<b>ja</b>
Welk systeem gebruikt u	
Houdt u voor de cataractextracties een dataregistreatie bij voor de per operatieve data?	<b>ja</b>
Welk systeem gebruikt u	
Houdt u voor de cataractextracties een dataregistreatie bij voor de post operatieve data?	<b>ja</b>
Welk systeem gebruikt u	<b>eigen registratie</b>
Zijn de geïncludeerde patiënten behandeld op meer dan 1 locatie	<b>ja</b>
Is het percentage patiënten bekend met een cataractoperatie aan beide ogen bij wie de wachttijd tussend de eerste en de tweede oogoperatie groter is dan 28 dagen	<b>ja</b>
Teller: aantal patiënten met eencataractoperatie aan beide ogen waarbij de datum van de tweede oogoperatie minus de datum van de eerste oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen	<b>602</b>
Noemer : totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan tweede oog in het verslagjaar	<b>649</b>
	<b>92,8%</b>

## 20 Kinderchirurgie

### 20.1 Postoperatieve opnameduur na blinde darm operatie bij kinderen

Zijn geïncludeerde patiënten behandeld op meer dan 1 locatie	<b>ja</b>
Wat is het totaal aantal opnames van kinderen tot 15 jaar wegens blindedarmoperatie in het verslagjaar	<b>66</b>
Wat is voor deze groep patiënten de ligduur na operatie in aantal dagen inclusief opnamedag en ontslagdag	
gemiddeld	<b>2,36</b>
minimum	<b>1</b>
maximum	<b>10</b>
mediaan	<b>1</b>
Beschikt u over een registratiesysteem	<b>ja</b>
Heeft u een steekproef genomen	<b>nee</b>

## NVZ-indicatoren

# 1 Kwaliteitsborging en kwaliteitssystemen

## 1.1 Accreditatie

### Rapportage

- Participeert u in de accreditatiesystematiek van NIAZ? : **Ja**
- Hebt u de NIAZ-accreditatie voor het ziekenhuis behaald? : **Ja**
- Hebt u afdelingsaccreditaties NIAZ behaald? : **Ja**
- Voor welke afdelingen : **Alle**
- Andere positieve beoordelingen volgens een erkend systeem ? : **Ja**
- indien ja, welke beoordeling / certificatie voor welke afdeling(en)?

**CCKL: Klinisch Chemisch Laboratorium**

**CCKL: Medische Microbiologie & Immunologie**

**CCKL: Afdeling Pathologie**

**HKZ: Dialyse afdeling**

**ISO: Faciliteiten & Services**

**ISO: Vastgoed & Techniek**

**HACCP: Faciliteiten & Services**

**IIP: Ziekenhuisbreed**

**TNO certificatie elektrische installaties: OK**

**Drie Smiley's: Moeder/Kind**

**Topwerkgever: Hele ziekenhuis**

## 2 Incidenten patiëntenzorg (MIP, FONA)

### 2.1 Incidenten Patiëntenzorg (MIP, FONA)

Rapportage

a) totaal aantal incidenten centraal gemeld

: **2059**

b) % hiervan dat heeft geleid tot maatregelen

: **60 %**

### 3 Financiële positie

#### 3.1 Budgetgrootte

##### Rapportage

- Productiegebonden gedeelte externe budget : € 318.329.000

## 4 Parameters t.b.v. verantwoording, sturing en benchmarking

### 4.1 Patiënttevredenheid

#### 4.1.1 Patiënttevredenheidsmetingen

##### Rapportage

Onderzoekt u systematisch de tevredenheid van patiënten betreffende de zorgverlening?

- a) Continu bij alle patiënten van het ziekenhuis : **Nee**
- b) Jaarlijks bij een cohort of steekproef van alle patiënten : **Ja**
- c) Systematisch, maar alleen bij specifieke afdelingen : **Ja**

#### 4.1.2 Klachten

##### Rapportage

- a) Absoluut aantal, ingediend bij de Klachtencommissie : **44**
- b) Relatieve aantal: abs. aantal per gewogen patiënteenschap : **0,004%**
- c) Percentage van a. dat is gegrond verklaard : **29 %**
- d) Percentage van c. dat heeft geleid tot maatregelen : **50 %**
- e) Aantal klachten NIET via de Klachtencie binnengekomen : **659**

## 4.2 Organisatie & kwaliteit

### 4.2.1 Wachttijden

- a) Publiceert U minstens eens per maand gemakkelijk toegankelijke publieksgegevens (bijv. op Internet) over wachttijden? : **Ja**
- b) Zo ja, welk percentage van de aandoeningen waarvoor Treeknormen bestaan, betreft dit? : **100%**
- c) In welke mate participeert U in het nationale wachttijdenoverzicht dat de NVZ onderhoudt?
- i. Poliklinisch : **100%**
  - ii. Dagbehandeling : **100%**
  - iii. klinisch : **100%**

Deze rapportage is nu te vinden op de website van Kiesbeter.

### 4.2.2 Risico-inventarisatie

- a. Voert u tenminste elke 2 jaar een risico inventarisatie uit? : **Ja, jaarlijkse bijstelling plan van aanpak**
- b. Wordt deze analyse, al dan niet door een externe instantie (bijvoorbeeld Uw schadeverzekeraar), in vergelijkende zin beoordeeld en leidt dit tot concrete conclusies c.q. aanbevelingen? : **Ja, Medirisk**
- c. Rapporteert u over dit onderwerp in Uw Jaarverslag of elders? : **Ja**

## 4.3 Organisatie & randvoorwaarden

### 4.3.1 Welbevinden medewerkers

- a. verzuimpercentage (op 1 decimaal nauwkeurig): : **4 %**
- b. verlooppercentage voor het totale personeel in fte? % : **13,4%**
- c. verlooppercentage voor verpleegkundigen in fte? % : **13,6%**
- d. WAO-instroom: : **%**

### 4.3.2 Milieubelasting

- Totaal Energieverbruik: in € / gew patiënteenheden: : **€ 4,55**
- Totaal afvalproductie in kg/ gew. patiënt eenheden: : **1,65 kg**
- Waarvan Specifiek Ziekenhuisafval: : **108.720 kg**
- Kg/gew. Patiënteenheden : **0,11 kg**

## 4.4 Onderwijs, opleiden en onderzoek

### 4.4.1 Onderwijs en opleidingen

#### 4.4.1 Onderwijs en opleidingen

- a) Participeert U in het klinisch onderwijs aan studenten geneeskunde (co-schappen)? : **ja**

	Zo ja, hoeveel co-assistenten, gemiddeld over 52 weken/jaar, betreft dit?	<b>50</b>
b)	Participeert U in het klinisch onderwijs aan hogeschoolstudenten verpleegkunde (HBO-V)?	<b>ja</b>
	Zo ja, hoeveel studenten, gemiddeld over 52 weken/jaar, betreft dit?	<b>56</b>
c)	Participeert U in het klinisch onderwijs aan leerlingen van het middelbaar beroepsonderwijs verpleegkunde (MBO-V)? :	<b>ja</b>
i	indien dual, hoeveel studenten gemiddeld over 52 weken/jaar?	<b>100</b>
ii	indien anderszins, hoeveel; studenten gemiddeld over 52 weken/jaar?	<b>36</b>
d)	Hoeveel plaatsen voor assistenten geneesk. in opleiding (AGIO's) heeft u?	<b>138,6</b>
e)	hoeveel studenten in het kader van de verpleegkundige vervolgoopleidingen (LRVV) hebt u?	<b>146</b>
f)	Hoeveel OK-assistenten hebt u in opleiding?	<b>32</b>
g)	Hoeveel Anaesthesie-assistenten hebt u in opleiding?	<b>12</b>
<b>4.4.2 Onderzoek</b>		
a)	Neemt U deel aan klinisch vergelijkend wetenschappelijk onderzoek?	<b>ja</b>
b)	Zo ja, Hoeveel clinical trials betreft dit (aantal lopende trials op 31 december jl.)	
ii	Fase III:	<b>31</b>
iii	Fase IV:	<b>6</b>
c)	Functioneert (exclusief voor) Uw ziekenhuis een METC?	<b>ja</b>
d)	Zijn aan Uw ziekenhuis (part time) hoogleraren betrokken bij geneeskundig wetenschappelijk onderzoek?	<b>ja</b>
	Zo ja, hoeveel?	<b>1</b>
e)	Publiceert U over de wetenschappelijke productie in Uw Jaarverslag?	<b>ja</b>